Lane Medical Library

Ueber Endometritis senilis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 20. JULI 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hermann Ludewig

aus Bernburg-Anhalt.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. W. Hüttner.
- cand. med. H. Engels.
- cand. med. A. Engelmann.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinen lieben Eltern

und

meinem Bruder Wilhelm

in Dankbarkeit gewidmet.

Während die Zahl der Autoren, welche über die Endometritis geschrieben haben, in der letzten Zeit eine ganz bedeutende geworden ist, findet man in dieser reichlichen Litteratur doch nur verhältnismässig spärliche Nachrichten über das Vorkommen dieser Krankheit nach dem Klimakterium.

Herr Prof. Dr. Nagel hatte die Güte, mich auf diesen Umstand aufmerksam zu machen, und forderte mich auf, einmal die in den letzten Jahren in der Charité vorgekommenen Fälle zusammenzustellen. Durch die Freundlichkeit des Herrn Geheimrats Prof. Dr. Gusserow wurden mir die Krankengeschichten der gynäkologischen Klinik der Kgl. Charité vom Jahre 1889 ab zur Verfügung gestellt, die ich sorgfältig durchsuchte, um das Resultat im Folgenden zu veröffentlichen.

Vorher jedoch möchte ich auf die Litteratur, soweit sie mir zu Gebote stand, mit einigen Worten zurückkommen.

Im Amer. Journ. of Obst. Vol. 29. veröffentlichte Skene einen Artikel des Inhaltes, dass die Ansicht, dass nach dem Klimakterium chronische Endrometritis nicht mehr vorkommt oder von selbst in Heilung übergeht, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Die Krankheit betrifft meist die Cervix, doch kann auch das Corpus mit erkranken. Therapie nicht anders als sonst.

A. H. Goelet (American Journal of Surgery and Gynaecologie) hat folgende Ansicht: „Senile Endometritis ist hauptsächlich ein chronischer Zustand und hängt von den atrophischen Veränderungen, welche sich nach der Menopause einstellen, ab. Die Curette kann nicht in Anwendung kommen, da keine Mucosa zu entfernen ist.“

Er empfiehlt Drainage des Uterus bis die postklimakterischen Veränderungen komplett sind und das ganze Organ normal atrophiert ist.

A. Richard (Revue de gynécologie) beschäftigt sich schon weit eingehender mit der Frage.

„Les femmes qui ont passé l'âge de la Ménopause ne sont pas à l'abri des accidents inflammatoires du côté de l'appareil génital. Il existe une catégorie importante de métrites éclatant après la disparition du flux menstruel chez des femmes absolument indemnes auparavant de toute tare utérine.

La métrite sénile peut se manifester sous deux formes cliniques, une forme hémorrhagique assez rare et une forme purulente de beaucoup la plus fréquente.

La métrite sénile hémorrhagique diffère peu des métrites hémorrhagiques des femmes réglées. La forme purulente présente quelques caractères spéciaux. Elle se manifeste par un écoulement ordinairement très abondant d'un plus horriblement fétide.

Tantôt l'ecoulement est continuel, tantôt il se produit sous forme de véritables débâcles de pus. Si on ajoute à ces symptômes l'aspecte cachectique que prend rapidement la malade, les douleurs vives qu'elle éprouve dans le petit bassin, on voit que le tableau de la métrite sénile ressemble traits pour traits au tableau clinique de l'épitheliome utérin.“

Wir sehen, wie der französische Autor zwei klinische Bilder von einander trennt, eine hämorrhagische und eine eitrige Form.

Ueber die letzte Form hat auch G. Mausauge einen Artikel veröffentlicht. Auf Grund dreier Fälle schreibt er im Arch. de tocol. et de gyn.: „Nach der Menopause erscheint ein mehr oder minder starker, bald dicker eitriger, bald dünner, selten blutig gefärbter Ausfluss, stets äusserst fötid, anfangs intermittierend auftretend. Zu gleicher Zeit stellen sich gastrische Beschwerden ein, bestehend in Anorexie, Erbrechen, Abmagerung, welche schnell auftritt, so dass die Kranke ganz das Aussehen einer Carcinomatösen hat. Nimmt man eine örtliche Untersuchung vor, so bemerkt man meistens eine starke Reizung der Scheide, welche durch den Ausfluss unterhalten wird. Beim Touchieren fällt am Collum nichts Besonderes auf. Keine Ulcerationen, höchstens einmal eine leichte Abschürfung der Mucosa. Der Uterus ist beweglich, obgleich er gewöhnlich etwas vergrössert erscheint (7—8 cm). Diese Messung mit der Sonde ist besonders schmerzhaft, wie alle Autoren angeben. Nach dem Zurückziehen der Sonde entleert sich fast immer eine Menge Eiter von sehr fötidem Geruch. Leicht ist nach dem Geschilderten die Verwechselung mit Krebs und zwar des Corpus. Daher kann man einer Verwechselung nur vorbeugen durch eine vorausgehende Uterusaustastung und Abrasio mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung. Der Befund ist gewöhnlich der einer chronischen katarrhalischen Endometritis, glanduläre Hypertrophie, Leukocytheninfiltration, Hyperplasie des Bindegewebes.

Es wird vielleicht nicht uninteressant sein, hier auch die Arbeit Reinickes (Archiv für Gynäkolog.)

über Sklerose der Uterinarterien und die postklimakterischen Blutungen zu erwähnen. Er schreibt unter anderem: „Frauen an der Grenze des Klimakteriums werden von ausserordentlich starken Menstruationsblutungen befallen. 8—21 Tage hält die Blutung an, oft setzt sie überhaupt nur wenige Tage aus, um dann von neuem zu beginnen. Therapie nutzlos. Menorrhagien kehren nach wie vor wieder. Krankhafte Veränderung (Arteriosklerose) der Uteringefässe, die er an mehreren exstirpierten Uteris nachgewiesen hat.

Nachdem ich so die wichtigsten Artikel aus der mir zu Gebote stehenden Litteratur angegeben habe, komme ich jetzt zur Veröffentlichung der Resultate meiner Durchsuchung der Krankengeschichten aus der gynäkologischen Klinik der Königlichen Charité. Ich durchsuchte, wie ich schon früher erwähnt habe, die Krankengeschichten von 1889 an und fand im ganzen 22 Fälle von Endometritis bei Frauen von 49 Jahren an aufwärts. Denn da man bei uns den Eintritt der Menopause im allgemeinen in das 48. Lebensjahr legen muss, so glaubte ich noch sicherer zu gehen, wenn ich die äusserste Grenze noch etwas hinausrückte.

Fall 1.

Wittwe, 78 Jahre. Aufgenommen 4. VIII. 91.

Partus = 0, Abortus = 0.

Menses. Mit 20 Jahren auftretend, unregelmässig, meistens alle 4 Wochen, ohne Beschwerden. Dauer 3—4 Tage. Menopause: Anfang der 40. Jahre. Patientin hat ausser einer Lungenentzündung in den zwanziger Jahren keine Krankheit gehabt.

Vor 4 Monaten bemerkte sie, dass sie eine blutig gefärbte Flüssigkeit aus den Genitalien verlor. Die Blutung dauerte bis auf den Tag der Aufnahme:

Status: Dekrepide, abgemagerte Frau. Abdomen aufgetrieben, Bauchdecken gespannt. Ueberall voller tympanitischer Schall.

Scheide sehr eng, für den Finger kaum durchgängig. Portio kurz, atrophisch. Aeusserer Muttermund eng. Uterus klein, retroponiert.

Im Speculum zeigt die Portio keine Veränderungen. Uterus klein, mit der Kugelzange nicht vorzuziehen. Mit der Curette gelingt es, einige wenige Gewebsteile behufs mikroskopischer Untersuchung auszukratzen.

1. IX. 91 geheilt entlassen.

Die örtliche Behandlung, worauf ich später noch einmal zurückkommen werde, bestand in fast allen Fällen in dem Curettement mit nachfolgender Einspritzung von Tinctura Jodi, die nach Bedarf öfter wiederholt wurde.

Fall 2.

Töpfersfrau, 56 Jahre. Aufgenommen 12. III. 90.

Partus 4, Abortus 0.

Menses regelmässig bis 84. Seit dem Januar 1890 bestehen Blutungen und grüngelber, übelriechender Ausfluss. Besonders stark nach Anstrengungen. Oft hat sie Fieber und Neigung zu Schweissen.

Patientin ist eine mittelgrosse dekrepide Person. Ueber der rechten Lungenspitze bemerken wir Dämpfung und Rasselgeräusche. Links Kavernensymptome.

Portio klein mit geringen Erosionen. Uterus birnengross, anteflektiert. Geringe Adhäsionen im Douglas.

26. III. geheilt entlassen.

Fall 3.

Schuhmacherswittwe, 53 Jahre. Aufgenommen 12. VIII. 93.

Partus = 8. (1860—78). Abortus = 0.

Menses mit 14 Jahren, immer regelmässig. Intervall 4 Wochen. Dauer 4 Tage. Menopause mit 49 Jahren. 3 Monate später begannen unregelmässige Blutungen in Zwischenräumen von 8—14—21 Tagen, von ca. 8tägiger Dauer.

Vor Eintritt der Blutungen bestanden jedes Mal starke Leib- und Kreuzschmerzen und Schwindelgefühl. Wegen dieser Beschwerden befand sich Pat. 1891 3 Wochen in der Charité. 8 Tage nach der Entlassung jedoch begannen die Blutungen wieder und sind bis jetzt ziemlich gleich geblieben. Im August 93 fiel sie eine Kellertreppe hinunter und lag bis jetzt auf der chirurgischen Abteilung. Wegen der Blutungen wurde sie hierher verlegt.

Status: Mittelgrosse, kräftig gebaute Pat. von etwas senilem Habitus, gesundem Aussehen, guter Muskulatur und gutem Ernährungszustande.

Pulmones, Cor = nihil.

Abdomen: stark gewölbt, ziemlich gespannt. Ueberall tympanitischer Schall. In den unteren Partien wenig druckempfindlich.

Scheide tamponiert, mässige Blutungen aus dem Uterus. Portio sehr kurz. Uterus anteflektiert und deutlich, wenn auch nicht stark vergrössert. Portio zeigt sonst keine Veränderungen. Uterushöhle etwas erweitert.

Diagnose: Endometritis, Metritis.

Curettement ergiebt nichts Besonderes.

20. XI. Pat. als gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall. 4.

Wäscherin, 53 Jahre. Aufgen. 25. VII. 91.

Menses regelmässig bis 1887. In diesem Jahre längere Zeit starke Blutungen. Sie wurde von Dr. Martin ausgekratzt und blieb dann 3 Jahre frei von jeglicher Blutung.

Seit 4 Tagen bestehen neue Blutungen.

Status: Kräftige Frau von gutem Ernährungszustande. Durch die Bauchdecken ist nichts hindurch zu fühlen. Portio zapfenförmig mit sehr engem Muttermund. Uterus nach links und hinten gelagert, fixiert. Auf beiden Seiten unbestimmte Resistenzen.

Das Curettement ergiebt einen halben Esslöffel voll Schleimhautteilchen.

Die curettierten Gewebsstücke zeigen bei der mikroskopischen Untersuchung stark erweiterte und vermehrte Drüsen, die an einzelnen Stellen mit ihren Lumina aneinanderstossen, aber überall ein normales Epithel haben. Nirgends finden sich auf Carcinom oder Sarkom verdächtige Stellen.

10. VIII. Verlegt zur Nervenstation.

Fall 5.

Kaufmannsfrau, 53 Jahre. Aufgen. 2. II. 97.

5 Partus (Letzter vor 18 Jahren), 3 Abortus.

Menses. Mit 18 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen 8 Tage, bis April 96.

April bis Mai: 5 Wochen lang starke Blutungen September: Die Blutungen wiederholen sich, werden durch heisse Scheidenausspülungen unterdrückt.

Anfang November: Blutungen, ebenso vom 28. Dez. bis 12. Januar 97.

Vom 25. Januar bis jetzt starke Blutungen.

Status: Mittelgross, mässig gut genährt.

Portio: pilzförmig, Muttermund: quer gestellt, Uterus anteflektiert, Parametrien frei.

Blutiger Ausfluss.

Curettement. (Endometritis glandularis.)

20. II. als geheilt entlassen.

Fall 6.

Arbeitersfrau, 51 Jahre. Aufgen. 5. IX. 92.

Partus 8, Abortus 0.

Menses bis 1891 regelmässig. Dann stärkere Blutungen. Pat. wurde deshalb ausgekratzt. Die Blutungen sind dann ein Jahr ausgeblieben. Seit August 92 erneute starke Blutungen.

Status: Pat., eine grosse kräftige Frau leidet an Dementia paralytica.

Geringe Blutung. Portio nach hinten gerichtet zeigt nichts Auffallendes. Corpus anteflektiert, mässig vergrössert, dem 2. Schwangerschaftsmonat entsprechend, von ziemlich derber Konsistenz.

Beide Parametrien frei.

Die mikroskop. Untersuchung der durch das Curettement entfernten Massen ergiebt interstitielle Wucherung, keine Drüsenwucherung, nichts auf Carcinom Verdächtiges.

22. IX. geheilt.

Fall 7.

Oberstadtsekretärsfrau, $50^1/_2$ Jahre. 5. XII. 1895 aufgenommen.

9 Partus (6 gestorben), zuletzt 1881. 1 Abortus.

Menses mit 14 Jahren, immer regelmässig alle 4 Wochen, sehr reichlich. Nach jeder Regel sehr erschöpft.

Keine früheren Krankheiten.

Seit August 95 blieben die Blutungen 8 Wochen weg. Mitte Oktober starke Blutung, die bis jetzt anhält. Es sind zuletzt grosse Stücke Blutes abgegangen unter wehenartigen Schmerzen. Wurde vom Arzt in die Klinik geschickt, nachdem vergebliche Behandlung mit Tropfen vorausgegangen war.

Status: Kräftige, etwas blasse Frau.

Herz und Lungen normal.

Portio pilzförmig. Muttermund quergespalten. An der hinteren Muttermundslippe eine kirschgrosse kugelige Vorwölbung. Uterus etwas vergrössert, anteflektiert, beweglich. Zur Zeit keine Blutung. Probeexcision aus der hinteren Muttermundslippe, Curettement, durch welches nur wenige Schleimhautfetzen entfernt werden. (Endometritis.)

17. XII. Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 8.

Arbeiterswittwe, 50 Jahre. 6. II. 95 aufgenommen.

8 Partus, (68– 82), 0 Abortus.

Menses mit dem 11. Lebensjahre, regelmässig ausser einer Pause von 8 Monaten im 13. Jahre, ohne Schmerzen. 1878 Partus praematurus, Kind totfaul, nachher 6 Wochen Krankenlager mit heftigem Fieber.

Menses regemässig bis Mitte November 1893. Da trat eine stärkere Blutung auf, die bis Mitte Dezember dauerte. Dann April 94 stärkere Blutung.

Seit Freitag den 4. Januar 1895 stärkere Blutung, bei der Patientin Stücke geronnenen Blutes verlor.

Status: Mittelgross, gut genährt. Haut und Schleimhäute äusserst blass.

Pulmones: H. O. L. Exspirium deutlich verschärft, Dämpfung nicht nachzuweisen.

Cor: nihil.

Bauchdecken schlaff, nirgends druckempfindlich.

Portio pilzförmig, Muttermund quergespalten. An demselben Ovula Nabothi und Erosionen.

Uterus anteflektiert, vergrössert, beweglich.

Parametrien frei.

Curettement. Es kommen nur geringe Schleimhautteile heraus, welche bei der mikroskopischen Untersuchung die Merkmale der Endometritis interstitialis zeigen. 2. III. geheilt entlassen.

Fall 9.

Hausdienersfrau, 50 Jahre. 4. IX. 90 aufgenommen.

7 Partus (letzter vor 7 Jahren). 7 Abortus.

Periode regelmässig, stark, 4—5 Tage anhaltend.

Menopause seit 7 Jahren.

Bis vor 8 Wochen fühlte sich Patientin gesund. Seit dieser Zeit heftige Blutungen, die nur einige Tage pausierten und bei Anstrengungen stärker wurden. Sonstige Beschwerden haben nicht bestanden.

Status: Patientin ist von kräftigem Körperbau, sieht aber etwas kachektisch aus.

Abdomen flach, weich, nirgends druckempfindlich. Von aussen nichts palpabel; Blutabgang aus der Scheide.

Portio ziemlich dick, kolbig.

Vordere Lippe flach, hintere klein, schmal.

Corpus uteri anteflektiert, ziemlich gross.

Beide Parametrien frei. Der blutige Ausfluss nicht übelriechend.

Speculum: Schleimhaut der Scheide blass. Portio namentlich an der vorderen Lippe in eigenartig flacher Weise erodiert. Blutung aus der Uterushöhle. Dieselbe ist 10,5 cm lang. Tamponade.

5. IX. Curettement entleert eine ziemlich erhebliche Menge von Schleimhautbröckeln. Man kommt dabei in eine namentlich im Fundus geräumige Uterushöhle.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt starke Vermehrung und Erweiterung der Drüsen.

Endometritis glandularis cystica.

22. IX. geheilt entlassen.

Fall 10.

Arbeiterswittwe, 50 Jahre, 18. IX. 89 aufgenommen.

7 Partus, 0 Abortus.

Menses regelmässig bis April 88. Dann trat nach achtwöchentlicher Pause eine profuse Blutung auf, weswegen sie bis 13. XII 88 behandelt wurde. Nach der Entlassung hatte sie wiederholt Blutungen in Intervallen von 4—6 Wochen. Die Menge des Blutes soll dabei immer gering gewesen sein. Eine stärkere Blutung trat im Mai ein und dauerte 8 Tage. Seit dem 27. September besteht wieder eine heftige Blutung.

Status: Grosse, kräftig gebaute Frau.

Abdomen nirgends druckempfindlich.

Aeussere Genitalien normal. Geringer Prolaps beider Scheidenwände. Portio sehr gross, von ziemlich fester Konsistenz, in der Führungslinie. Aeusserer Muttermund für den Finger durchgängig, mit alten Narben besetzt.

Uteruskörper etwa faustgross, antevertiert, ziemlich derb anzufühlen. Cavum 8,5 cm lang.

In beiden Parametrien verlaufen, von der Portio ausgehend, strangförmige Resistenzen. Douglas frei.

Der Uterus ist nach oben hin anscheinend frei beweglich, nach unten lässt er sich mit der Kugelzange bis in das vordere Drittel der Vagina ziehen. Aus dem Muttermund ziemlich reichliche blutige Absonderung. Curettement. Im ganzen wird kaum soviel Gewebe als eine halbe Kirsche entleert. Die Untersuchung desselben ergiebt nirgends Zeichen einer malignen Degeneration. Die Päparate zeigen sehr kernreiches Bindegewebe, mit gewundenen Drüsenschläuchen. Es scheint eher eine Vermehrung des interstitiellen als des Drüsengewebes vorzuliegen.

9. X. geheilt entlassen.

Fall 11.

Arbeitersfrau, 49 Jahre. 16. II. 95 aufgenommen. 3 Partus (65—72), 3 Abortus, zuletzt vor 14 Jahren, Menses mit 17 Jahren, regelmässig, reichlich, ohne Schmerzen bis Juni 91.

Von da bis Mitte Dezember 94 sollen die Menses ausgeblieben sein. Patientin befand sich während dieser Zeit vollkommen wohl.

Ende Dezember 94 hatte sie eine starke Blutung, nach welcher sie sich sehr geschwächt fühlte.

Vom 19. I. 95 ab hat sie täglich Blutungen, durch welche sie dermassen geschwächt wird, dass sie nicht mehr arbeiten kann. Schmerzen hat sie nicht.

Sie will nie ernstlich krank gewesen sein.

Status: Pat. ist mittelgross, kräftig, von guter Muskulatur und geringem Fettpolster. Sehr anämisch. An Herz und Lungen nichts Besonderes.

Abdomen weich, eindrückbar, nirgends druckempfindlich.

Urin: Albumen (reichlich Leukocythen u. Epithelien, keine Harncylinder). (Blasenkatarrh.)

Portio pilzförmig. Muttermund fühlt sich uneben an, zeigt jedoch keinen Substanzverlust im Spiegelbild. Uterus vergrössert, retrovertiert, anscheinend nicht vollständig beweglich. Cavum 7 cm.

Curettement. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Schleimhaut ergiebt geringe Endometritis glandularis mit starken Hämorrhagien im Gewebe und in den Drüsen, sowie unter dem gut erhaltenen Epithel der Schleimhaut, welche dadurch aussieht wie bei der Menstruation.

27. II. geheilt entlassen.

Fall 12.

Arbeitersfrau, 54 Jahre. 25. V. 95 aufgenommen. 1 Partus 1864, 0 Abortus.

Menses immer regelmässig, mit dem 19. Lebensjahre, alle 4 Wochen 7—8 Tage dauernd.

1864. Entbindung verlief spontan, doch hatte Patientin seitdem Unterleibsbeschwerden, Schmerzen und gelblichen Ausfluss.

Beide waren gering, wurden aber immer stärker, und nachdem sie 8 Jahre angehalten hatten, kam Pat. in ärztliche Behandlung. Bei Prof. Martin wurde sie $^1/_4$ Jahr lang angeblich täglich geschnitten, so dass sie „vor Blut kaum nach Hause gehen konnte.“ Sie erfuhr, dass die Gebärmutter nach hinten verlagert sei. Als sie die Behandlung verliess, war sie von ihrem Leiden fast gänzlich befreit und hatte nur zeitweise geringe Schmerzen und wenig Ausfluss.

1891 wurden die Schmerzen stärker, vor den Menses hatte sie einige Tage einen weissen, nicht stark riechenden, aber fressenden Ausfluss.

Die Menses kamen alle 14 Tage. Sie glaubte, dass die Wechseljahre eingetreten seien, und wurde von einem Arzte darin bestärkt. Der Zustand dauerte etwa 2 Jahre. 1894 hatte sie alle 4 Wochen und später nur noch alle 8 Wochen Blutungen. Es gingen dabei oft grössere Stücke ab. Die letzte Blutung kam Anfang April und dauerte 3 Wochen. Dann fing sie am 8. Mai wieder an zu bluten, welcher Zustand bis jetzt andauert. (25. Mai.)

Status: Kräftige Person mit starkem Fettpolster. Lungen und Herz frei.

Abdomen gewölbt, weich, in den unteren Partien schmerzhaft. Portio normal, Uterus anteflektiert, etwas vergrössert, Muttermund für den Finger eben durchgängig. Cervikalkanal, soweit derselbe abzutasten, glatt. Cavum Uteri 12 cm lang. Die eingeführte Curette stösst auf eine rauhe, harte Fläche. Der Uterus lässt sich mit Kugelzangen nicht herabziehen. Ziemlich starke Blutung. Cervixtamponade.

1. VI. Curettement.

Es wird nur wenig Schleimhaut entfernt, an welcher mikroskopisch interstitielle Endometritis nachgewiesen wird.

13. VI. 95. Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 13.

Arbeitersfrau, 55 Jahre. Aufgenommen 11. X. 95. Partus 6 (1878), Abortus 0.

Menses mit 16 Jahren regelmässig bis August 1894.

Damals 6 Wochen dauernde Blutung. Seitdem beständig Blutungen mit Pausen von einigen Wochen oder Tagen.

Brennende Schmerzen im linken Hypogastrium. Kein Ausfluss in den Pausen.

Status: Mittelgrosse, anämische Frau.

Uterus gänseeigross, gut beweglich, Portio leicht in den Scheideneingang herabzuziehen. Mit dem eingeführten Finger fühlt man die Uterusschleimhaut glatt. An der vorderen Wand zwei gestielte haselnussgrosse Polypen.

Abtragung derselben. Curettement. Endometritis glandularis.

23. XI. 95 geheilt entlassen.

Fall 14.

Tuchfabrikantenwittwe, 52 Jahre. Aufgenommen 23. X. 93.

Partus 8 (1 forceps), Abortus 2, vor 15 Jahren.

Menses mit 14 Jahren regelmässig alle 4 Wochen, 5 Tage dauernd, ohne Schmerzen.

Seit zwei Jahren unregelmässige, sehr heftige Blutungen, und gelblich weisser, blutig gefärbter, nicht übel riechender Ausfluss. Es sind oft grössere Stücke abgegangen.

Schmerzen bestehen nicht.

Status: Ziemlich kleine Patientin von guter Muskulatur und starkem Fettpolster. Mammae stark entwickelt, Bauchdecken schlaff. Damm bis zur Analöffnung eingerissen. Vulva klafft weit: vordere und hintere Scheidenwand prolabiert. Portio in der Führungslinie. Muttermund quergespalten. Uterus vergrössert, dem 3. Schwangerschaftsmonat entsprechend, beweglich.

Parametrien frei.

Curettement. Endometritis glandularis.

(Myoma uteri, ruptura perinei inveterata.)

28. IV. geheilt entlassen.

Fall 15.

Maurersfrau, 51 Jahre. Aufgenommen 20. X. 91.

14 Partus (letzter vor 14 Jahren), 0 Abortus.

Menses mit 14 Jahren, regelmässig, sehr stark, von 8-tägiger Dauer, mit heftigen Kreuz und Leibschmerzen. Vor 14 Jahren hatte sie eine Geschwulst im Unterleibe, die punktiert wurde, danach war sie immer gesund. Seit ihrer letzten Regel vor 3 Wochen, die ausserordentlich schmerzhaft war, blutet Patientin fortwährend. Es gehen auch klumpige, dunkle Massen ab.

Status: Kräftige Frau mit starkem Fettpolster.

Bauchdecken ausserordentlich fettreich, starker Hängebauch, nirgends druckempfindlich. Damm kurz, Introitus klaffend. Vagina weit und lang, enthält dunkeles, flüssiges Blut. Portio schwer zu erreichen, voluminös, glatt. Muttermund für einen Finger nicht durchgängig. Uterus anteflektiert, etwas vergrössert, beweglich.

Cavum 8 cm lang, Parametrien frei.

Curettement. Es werden etwa 2 Theelöffel voll Schleimhautgewebe entfernt, an welchem Endometritis interstitialis nachgewiesen wird.

27. X. geheilt entlassen.

Fall 16.

Dienstmädchen, 51 Jahr. Aufgenommen 8. X. 96.

1 Partus (1867), 0 Abortus.

Menses mit 16 Jahren regelmässig ohne Beschwerden ca. 8 Tage anhaltend. Seit 2—3 Monaten schmerzhaft und alle 14 Tage.

Status: Mittelgross, kräftig.

Portio pilzförmig. Muttermund quergestellt. Uterus anteflektiert etwas vergrössert. Im rechten und linken Scheidengewölbe geringe, unbestimmte Resistenzen. Curettement. Endometritis.

24. X geheilt entlassen.

Fall 17.

Schriftsetzersfrau, 50 Jahre. Aufgen. 30. I. 93.

3 Partus (zuletzt vor 14 Jahren), 1 Abortus vor 12 Jahren.

Menses mit 15 Jahren regelmässig alle 4 Wochen, 4 Tage anhaltend ohne Beschwerden.

Seit den letzten 3—4 Jahren sind die Menses stärker und dauern 5—6 Tage. 8 Tage vor Eintritt der Regel im September hatte sie geschwollene Füsse (Anschwellung ging nachher zurück), Schmerzen in der Mitte des Unterleibes und am After. Am 31. Dezember 92 bekam sie eine plötzliche Blutung aus der Vagina und die Schmerzen schwanden.

21. I. 93 Anschwellung der Füsse und Blutung bis jetzt.

Gynäkolog. Befund. Am vorderen Rande des Muttermundes befindet sich eine kleine lappenförmige, gestielt mit der vorderen Cervixwand zusammenhängende Geschwulst, welche ziemlich breit aufsitzt.

Polyp. Curettement. (Endometritis.)

11. II. 93 geheilt entlassen.

Fall 18.

Arbeitersfrau, 50 Jahre. Aufgenommen 13. V. 89.

8 Partus (letzter 1879), 2 Abortus.

Menses mit 13 Jahren regelmässig. Seit 5 bis 6 Jahren unregelmässig, 6—8 Tage dauernd, mit starkem Blutverlust. Seit 2 Tagen starke Blutungen.

Vor 2 Jahren operiert wegen Carcinoma mammae sinistrae. Leib flach, eindrückbar, nirgends druckempfindlich. Muttermund für einen Finger durchlässig. Uterus im vorderen Scheidengewölbe, nicht vergrössert.

Die hintere Muttermundslippe geht direkt in die Scheidenwand über.

Speculum: Vagina verengt etwa fingerlang hinter dem Introitus. Mit der Kugelzange lässt sich ein Rest der vorderen Muttermundslippe hindurchziehen. Hintere Muttermundslippe nicht zu entdecken, wird, wenn überhaupt vorhanden, durch die verengte Vaginalwand verdeckt.

Curettement. Kleinzellige Wucherung des interstitiellen Gewebes. Erweiterung der Drüsen.

12. VI. 89 gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 19.

Arbeitersfrau, 50 Jahre. Aufgenommen 20. VII. 91.

6 Partus, 6 Abortus. Angaben unsicher, Patientin aus Dalldorf.

Zuerst wurden vor 2 Jahren die Menses stärker, dann traten sie in kürzeren Zwischenräumen auf. Seit 4 Wochen blutet sie ununterbrochen.

Aeusserst blass aussehende, magere Frau.

Portio derb, mit sehr engemMuttermund.

Uterus anteflektiert, vergrössert mit unregelmässiger, höckeriger Oberfläche, von derber Konsistenz.

Cavum Uteri 8 cm lang.

Curettement. Endometritis glandularis.

6. VIII. 91 geheilt entlassen.

Fall 20.

Wäscherin, Wittwe, 50 Jahre. Aufgenommen 28. X. 89.

6 Partus, 1 Abortus.

Menses mit 17 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen 6—8 Tage dauernd.

In den letzten 2 Jahren waren sie unregelmässig und reichlich. Weihnachten 88 hatte sie 7 Wochen Pause. Dann begannen wieder unregelmässige Blutungen, die alle 3—4 Wochen auftraten und etwa 8 Tage anhielten. Dabei hatte sie heftige Kopfschmerzen.

Status: Geringer Prolaps beider Scheidenwände. Vordere Muttermundslippe knollig verdickt durch stark entwickelte Ovula Nabothi.

Uterus nach rechts verzogen und vergrössert.

Cavum 10 cm.

Curettement. Drüsenwucherung. Sie sind an Zahl vermehrt und stark geschlängelt und erweitert.

28. XII. 89 geheilt entlassen.

Fall 21.

Webermeisterswittwe. 49 Jahre. Aufgenommen 12. VII. 90.

1 Partus 1863, 0 Abortus.

Menses immer regelmässig bis November 89.

Von November 89 bis Februar 90 hatte sie unaufhörliche Blutungen. Dann hörten die Blutungen auf und treten jetzt alle 3 Wochen ein. Daneben hat sie heftige Schmerzen in der linken Seite des Leibes.

Gynäkolog. Befund.

Portio hart, eingerissen.

Uterus etwas vergrössert, nach rechts vorn verlagert. Links hinten: bis zur Beckenwand reichende, wenig druckempfindliche Resistenz. Geringe Stränge im rechten Parametrium.

Curettement. Endometritis glandularis.

25. VIII. geheilt entlassen.

Fall 22.

Schuhmachermeistersfrau, 49 Jahre. 20. X. 95 aufgenommen.

4 Partus, 0 Abortus.

Menses mit 13 Jahren, unregelmässig in Intervallen von 3—4 Wochen, 3—4 Tage anhaltend.

Seit $^1/_2$ Jahre hat Pat. alle 14 Tage starke Blutungen, die 5—8 Tage dauern. Daneben heftige Kreuzschmerzen.

Gynäkolog. Befund.

Unregelmässige, höckerige Prominenzen im Cervikalkanal. Es wird ein Stück davon excidiert und mikroskopisch untersucht. Kleinzellige Infiltration und Vermehrung der Drüsen.

Uterus beweglich, vergrössert (Cavum 10 cm).

Parametrien frei.

8. XI. geheilt entlassen.

Das sind die 22 Fälle von Endometritis bei Frauen von 49 Jahren an aufwärts, welche sich unter den Krankengeschichten der gynäkologischen Klinik fanden. Wenn man aber bedenkt, dass man mit dem Namen Endometritis senilis eigentlich nur die Fälle bezeichnet, in welchen die Frauen das Klimakterium bereits überschritten haben, so können nur die ersten 11 Fälle als wirkliche senile, d. h. postklimakterische Form der Endometritis angesehen werden. Sehen wir uns einmal genauer an, wie lange nach dem Ausbleiben der Menses die einzelnen Frauen frei von Blutungen waren, so finden wir:

Fall I. 35 Jahre.
„ II. 6 Jahre.
„ III. 3 Monate.
„ IV. 3 Jahre.

Fall V. 3 Monate.
„ VI. 1 Jahr.
„ VII. 8 Wochen.
„ VIII. 8 Monate.
„ IX. 7 Jahre.
„ X. 8 Wochen.
„ XI. $2^1/_2$ Jahre.

Schon bei Fall 12 ist es nicht mehr möglich, von einer Zeit zu sprechen, wo die Frau gänzlich von Blutungen frei gewesen ist, obwohl sie angiebt, dass sie $^1/_2$ Jahr lang nur alle 8 Wochen geblutet habe.

In allen anderen angeführten Fällen haben sich die Symptome der Endometritis so eng an die Zeit der regelmässigen Menstruation angeschlossen, dass die Frauen überhaupt niemals eine längere Zeit von Blutungen frei gewesen sind.

Nur in 6 Fällen lag zwischen dem Aufhören der Menstruation und dem Eintreten der Endometritis eine Zeit von einem Jahr und darüber. Aber auch von diesen 6 Frauen haben zwei schon früher einmal an profusen Blutungen gelitten und sind deswegen curettiert worden, worauf die erste 3 Jahre und die zweite 1 Jahr frei von Blutungen blieb.

Fragen wir uns nun, wie äusserte sich die Endometritis bei unseren Patientinnen, wie waren die Symptome? Ein einziger Blick in die Krankengeschichten wird uns belehren, dass das hauptsächlichste, ja fast das einzigste Symptom die Blutungen darstellen. Dieselben haben entweder ohne Unterbrechung bis auf den Tag der Aufnahme gedauert, oder sie sind in unregelmässigen Zwischenräumen aufgetreten. Oefter sind sie so reichlich gewesen, dass grosse Stücke Blutes abgegangen sind.

Auffällig ist es, dass man fast nie erwähnt findet, dass Ausfluss vorhanden war. So ist nur eine von

den ersten 11 Patientinnen mit Ausfluss behaftet gewesen. Derselbe war von grüngelber Farbe und foetidem Geruch und wurde nach Anstrengungen reichlicher. In Fall 12 und 14 finden wir auch einen gelben, beziehungsweise weissen Ausfluss angegeben, aber in beiden Fällen wird ausdrücklich hervorgehoben, dass derselbe nicht übelriechend sei.

Wir finden also nur einen Fall von foetider Endometritis, welche die im Eingang angeführten französischen Autoren als das viel häufiger vorkommende Krankheitsbild angegeben haben.

Es verdient auch noch angeführt zu werden, dass nur sehr wenige Frauen über uterine Schmerzen klagen. So finden wir nur bei Fall 6 erwähnt, dass unter wehenartigen Schmerzen Stücke von Blut abgegangen seien,

Unter den Fällen von 11—22 finden wir allerdings häufiger Schmerzen erwähnt. Aber in Fall 13 und 17 haben die Frauen ausser an ihrer Endometritis auch noch an Polypen zu leiden, so dass man nicht genau sagen kann, was die Ursache der Schmerzen gewesen ist, und in Fall 6, 20 und 21 werden die Schmerzen wahrscheinlich durch alte parametritische Stränge verursacht.

Was endlich die sogenannten praemenstruellen Symptome betrifft, so finden wir nur bei der sechsten Patientin erwähnt, dass sie vor dem Eintritt der Blutungen an starken Kreuz- und Leibschmerzen gelitten habe.

Allerdings finden wir auch in Fall 16 Schmerzen und Anschwellung der Füsse vor Eintritt der Blutungen, aber in diesem Falle liegt, wie ich schon erwähnte, nicht das reine Bild der Endometritis vor, sondern die Frau hat ausserdem noch einen kleinen Polypen.

In Fall II hat die Patientin häufig Fieber und Neigung zu Schweissen. Doch werden diese Symptome

wahrscheinlich mehr durch ihre beginnende Lungenphthise als durch die foetide Endometritis verursacht.

Werfen wir noch einen Blick auf den objektiven Befund, so wird uns zuerst auffallen, dass in fast allen Fällen der Uterus als vergrössert angeführt wird. Die Länge der Uterushöhle schwankt zwischen 7 und 12 cm. Nur in dem I. Fall, bei dem man doch am allermeisten von einer Endometritis senilis sprechen kann, ist der Uterus entsprechend dem übrigen Genitaltraktus klein und atrophisch. Allerdings hat die betreffende Person auch niemals geboren oder abortiert. Im übrigen ist der Uterus gewöhnlich anteflektiert und beweglich; nur in 4 Fällen ist er durch parametritische Stränge verlagert oder fixiert.

Die Portio ist in den meisten Fällen normal. Doch haben wir an derselben 2 mal Ovula Nabothi und 3 mal Erosionen. Die Ovula Nabothi sind in Fall 20 so stark entwickelt, dass die vordere Muttermundslippe kolbig verdickt erscheint.

Zweimal (XIII und XVII) haben wir kleine Polypen ausser der Endometritis und wir sehen infolgedessen das Allgemeinbefinden in ganz anderer Weise gestört. So hat die erste Frau ausser den konstanten Blutungen brennende Schmerzen im linken Hypogastrium und die zweite Schmerzen in der Mitte des Leibes und am After und jedes Mal vor Eintritt der Blutungen geschwollene Füsse.

In einem Falle sehen wir eine Kombination mit akutem Blasenkatarrh (XI).

Betrachten wir endlich die Resultate der mikroskopischen Untersuchung der ausgekratzten Uterusschleimhaut, so finden wir in den 16 Fällen, in denen das Ergebnis ausdrücklich mitgeteilt ist, 6 mal Endometritis interstitialis und 10 mal glandularis, ohne dass je-

doch die beiden Formen der Entzündung verschiedene klinische Symptome gemacht hätten.

Ueber die Aetiologie der Endometritis geben die Krankengeschichten keinen Aufschluss. Man könnte vielleicht in Fall 11 auf eine gonorrhoische Infektion schliessen, weil zu gleicher Zeit akuter Blasenkatarrh vorhanden ist. In allen andern Fällen lässt sich nichts Bestimmtes annehmen.

Doch ist es vielleicht nicht uninteressant, auch auf die Menstruation der Patientinnen einen Blick zu werfen. Mit Ausnahme von 1 und 22 wollen alle regelmässig menstruiert gewesen sein. Die Eintrittszeit ist sehr verschieden. In Fall 7 hatte Patientin bereits seit dem 11. Lebensjahre ihre Regel, in Fall 1 erst im 20. Im Durchschnitt treten im 15. Lebensjahre die Menses ein. Das Intervall zwischen zwei Perioden beträgt gewöhnlich 4 Wochen. Nur in Fall 22 waren es bald 3 bald 4 Wochen.

Die Dauer der einzelnen Periode ist ebenfalls eine sehr verschiedene bei den verschiedenen Patientinnen. Sie schwankt zwischen 3 und 8 Tagen.

Starke Menses hatte Patientin 6. Sie giebt ausdrücklich an, dass sie sich nach jeder Regel sehr erschöpft gefühlt habe.

Wenn wir endlich auch die Geburten der Pat. berücksichtigen, so finden wir, dass sie mit Ausnahme von Fall 1 sämtlich geboren haben. Eine Geburt haben 4 gehabt. Die höchste Zahl der Geburten erreicht Fall 15 mit 14 Geburten. Im Durchschnitt fallen auf jede Patientin 5,4 Partus.

Abortiert haben 9 Patientinnen. Drei davon nur einmal. 3 mal und öfter haben 4 Frauen abortiert.

Die örtliche Behandlung bestand in fast allen Fällen in dem Curettement und in einer mehrmaligen Einspritzung von Tinct. Jod. Die Resultate dieser

Therapie waren folgende: Es wurden als geheilt entlassen 17 Pat., als gebessert auf Wunsch 4 Pat., auf eine andere Station verlegt 1 Pat.

Wenn es erlaubt ist, aus meinem verhältnismässig geringen Material einen Schluss auf die Häufigkeit des Vorkommens der Endometritis senilis zu ziehen, so wird man mir wohl zugestehen, dass sie eine ziemlich seltene Krankheit ist. Denn da ungefähr 550 Pat. jährlich in der gynäkologischen Klinik zur Aufnahme kommen, so haben sich unter den 4400 Kranken, deren Geschichten mir zur Verfügung standen, nur die erwähnten 11 Fälle von postklimakterischer Endometritis gefunden.

Da sich aber in der letzten Zeit die Ansicht verbreitet hat, als ob Endometritis senilis eine viel häufigere Ursache zu den Blutungen im Klimakterium abgäbe, als man bis jetzt angenommen hat, so habe ich zu gleicher Zeit auch die Zahl der Fälle von Carcinom,*) Myom und Polypen, also der Krankheiten, welche neben der Endometritis die gewöhnlichste Ursache der Blutungen sind, festgestellt, welche bei Frauen von 49 Jahren an aufwärts vorkamen, und kam zu folgendem Resultat:

	Carcin.	Myom.	Polyp.	Endometritis.
1889	26	3	1	3
1890	39	4		3
1891	32	1	1	4
1892	23			1
1893	21	4		4
1894	24	7	1	
1895	25	3		5
1896	27	2		1
1897	9	2		1
Summa	226	26	3	22.

*) Leider war die grössere Anzahl dieser Fälle inoperabel.

Man sieht also, dass Carcinom 10 mal so häufig vorgekommen ist und dass selbst Myom häufiger gefunden wird. Der alte Satz also, dass man bei Blutungen im Klimakterium zuerst an Carcinom zu denken hat, ist noch nicht erschüttert.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Gusserow für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichten und Herrn Prof. Dr. Nagel für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen besten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Thesen.

I.

Wenn bei der Erkennung der Lebertumoren die unblutigen Untersuchungsmethoden im Stich lassen, so ist die Laparotomia exploratoria indiziert.

II.

Die intravenösen Merkurinjektionen bei der Behandlung der Syphilis sind zu verwerfen.

III.

In keinem Falle von hartnäckiger Diarrhoe sollte es unterlassen werden, den frisch abgegebenen Stuhl einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen.

Lebenslauf.

Der Verfasser dieser Arbeit, Hermann Ludewig, evang. Konfession, Sohn des Müllermeisters Wilhelm Ludewig zu Magdeburg-Neustadt, wurde am 25. Januar 1872 zu Bernburg (Anhalt) geboren. Er besuchte zuerst das Realgymnasium zu Magdeburg von Ostern 1884 bis Ostern 1887 und dann das Kgl. Domgymnasium ebendaselbst, welches er Ostern 1893 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er wurde Ostern 1893 an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert, um sich dem Studium der Medicin zu widmen, und verblieb hier seine bisherige Studienzeit. Am 6. März 1895 bestand er die ärztliche Vorprüfung und am 28. Februar 1897 das Examen rigorosum. Im Sommer 1895 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren:

Blasius, du Bois-Reymond †, Ewald, Fischer, Gerhardt, Gusserow, Hertwig, Heubner, Jolly, Klemperer, König, Lassar, v. Leyden, Liebreich, Mendel, Nagel, Pinner, Rawitz, Rubner, Schweigger, Schwendener, Silex, Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.